薬局機能基本情報等変更報告書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | | |  | |
| 薬　　局 | | 名　　称 |  | |
| 所 在 地 |  | |
| 変更内容 | 事　　　　　項 | | 変　　　　　更　　　　　前 | 変　　　　　更　　　　　後 |
|  | |  |  |
| 変　更　年　月　日 | | |  | |
| 備　　　　　　　考 | | |  | |

　上記により、基本情報の変更の報告をします。

　　　　　年　　　月　　　日

法人にあつては、主

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

たる事務所の所在地

　 法人にあつては、名

氏　名

称及び代表者の氏名

　福島県知事

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。